

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

No

236

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

EMBOLIES

POST - PARTUM

PAR

MAURICE YVER

Ex-Externe des Hôpitaux de Paris
Moniteur d'Obstétrique à la Clinique Baudelocque
Croix de Guerre

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

234

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Y.

534

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

EMBOLIES

POST-PARTUM

PAR

MAURICE YVER

Ex-Externe des Hôpitaux de Paris

Moniteur d'Obstétrique à la Clinique Baudelocque

Croix de Guerre

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922



Faculté de Médecine de Paris

DOYEN	M. ROGER
PROFESSEURS	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale.....	MARCEL LABBE
Pathologie médicale.....	RENON
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	LÉON BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Clinique médicale.....	X.
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	JEANSELME
Clinique des maladies des enfants.....	PIERRE MARIE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	TEISSIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DELBET
Clinique des maladies du système nerveux.....	LEJARS
Clinique des maladies contagieuses.....	HARTMANN
Clinique chirurgicale.....	GOSSET
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
Clinique d'accouchement.....	BAR
Clinique gynécologique.....	COUVELAIRE
Clinique chirurgicale infantile.....	BRINDEAU
Clinique thérapeutique.....	J. L. FAURE
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	VAQUEZ
	SEBILEAU
	DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	UIESSINGER	LE LORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (A)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCOQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FILLE

AU SOUVENIR DE MA FILLE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON ONCLE ET PARRAIN

M. LE PROFESSEUR JALAGUIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN HONORAIRE DES HOPITAUX
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de toute ma reconnais-
sance pour sa paternelle affection.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-SOLAL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

*En témoignage de reconnaissance pour
l'amitié et l'intérêt qu'il a bien voulu
me témoigner depuis que j'ai eu le
privilege de le connaître.*

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET
GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

*Hommage très respectueux de mon at-
tachement et de ma reconnaissance
pour tout ce qu'il a bien voulu faire
pour moi.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage et externat

1913-1914 : M. LE DOCTEUR ARROU

1918 : M. LE PROFESSEUR LECÈNE

1919 : M. LE DOCTEUR ARROU

1919 : M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLAIN

1920 : M. LE PROFESSEUR ROGER

1920-1921 : M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

1921 : M. LE DOCTEUR OETTINGER

1922 : M. LE PROFESSEUR SÉBILEAU

1922 : M. LE PROFESSEUR MARFAN

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARZ

MM. LES DOCTEURS :

FREDET, GERNEZ, TRÉMOLIÈRES, VIGNES,
JOLTRAIN

MM. LES DOCTEURS :

CLEIZ, MORISSON-LACOMBE ET POWILEVICZ

*Dont les conseils et l'amitié me furent
si précieuses.*

A TOUS MES AMIS DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

INTRODUCTION

Les observations publiées dans ce travail sont destinées à contribuer à l'étude des embolies post-partum. Leur nombre en est trop réduit pour que nous puissions en tirer des conclusions générales, mais nous voulons, en nous plaçant au point de vue clinique, examiner si les symptômes qui ont été décrits classiquement, comme devant faire penser à la production possible d'une embolie, se retrouvent dans ces observations, et auraient permis de les laisser prévoir.

Sept d'entre elles proviennent des 73 cas de phlébites des membres, observées de 1909 à 1922. 6 observations dont 1 provenant de la Maternité de Lariboisière, sont des cas d'embolies survenues chez des femmes présentant une phlegmatia des membres inférieurs. Dans 2 autres, l'embolie a précédé l'apparition de signes de phlébite des membres inférieurs.

La cause déterminante des embolies post-partum est constituée par la mobilisation d'un caillot formé au niveau d'un point quelconque du système veineux, veines utéro-ovariennes, péri-utérines, ou des membres, quittant son lieu d'origine pour aller se loger au niveau du poumon le plus souvent.

Sur la formation de ce caillot, 2 théories sont en présence :

1° Celle qui ne voit dans la thrombose que l'extension normale des coagulations physiologiques prenant naissance au niveau de l'aire placentaire, et elle invoque alors les arguments d'ordre mécanique ou histologique, les variations de la circulation, les modifications de la structure et de la composition du sang.

2° Celle qui admet que les thromboses sont dues à l'action des agents pathogènes de l'infection puerpérale qui détermine une phlébite.

Sans nier la possibilité des thromboses aseptiques, dont la réalité objective n'est peut-être pas démontrable en l'état actuel de la science, nous pensons que ce sont là des faits rarissimes, et que la plupart du temps, sinon toujours, l'infection souvent très atténuée, est à l'origine de la thrombose.

OBSERVATIONS

OBSERVATION DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE n° 1086 de 1909

Mme F...

Primipare âgé de 24 ans, infirmière aux Enfants-Assistés, ayant eu ses D. R. du 1^{er} au 2 décembre 1908, entrant donc à la salle de travail le 30 juin au cours du 7^e mois de sa gestation.

On fait le diagnostic à l'entrée de gestation gémellaire, rupture des membranes à dilatation complète.

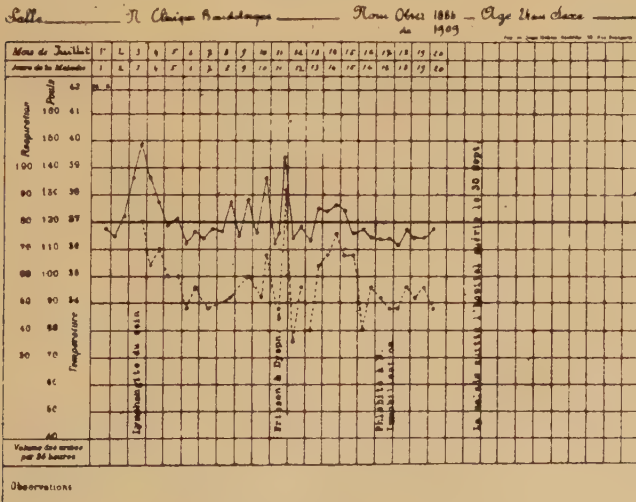


Fig. 1

La femme expulse après 3 heures de travail deux enfants du sexe féminin, du poids de 1430 gr. et 1400 avec deux placentas pesant 230 et 320 gr. et expulsés séparément.

3 juillet : Lymphangite des seins.

11 juillet : 11 h. du soir, frisson prolongé, dyspnée (32 par minutes), battements des ailes du nez. P. : 132. T. : 39,5, tympanisme, pas de douleurs abdominales, localisées.

12 juillet : 80 cm³ de sérum anti-strepto.

13 juillet : 80 cm³ de sérum anti-strepto.

14 juillet : 80 cm³ de sérum anti-strepto.

17 juillet : Douleur au niveau du mollet droit. Immobilisation.

La femme reste à l'hôpital jusqu'au 30 sept. 1909.

OBSERVATION DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

n° 780, de 1910

Madame G...

VII^e pare, 42 ans. Ménagère ayant eu avec un premier procréateur épileptique 3 enfants. 2 autres avec un nouveau procréateur alcoolique, et un troisième procréateur père des 2 derniers. Trois de ces enfants sont morts en bas-âge.

D. R. du 10 au 15 août 1909, arrive au dortoir le 3 mai, ayant quelques douleurs mais pas de dilatation.

Le travail ne commence réellement que le 13 mai, à 10 heures du matin, dure 1 h. 50, rupture tempestive des membranes et expulsion d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 3.550.

Délivrance 30' après. Placenta, 480 gr.

Du 13 au 15 mai, suites de couches normales.

15 mai : Lourdeur du membre inférieur gauche. Immobilisation.

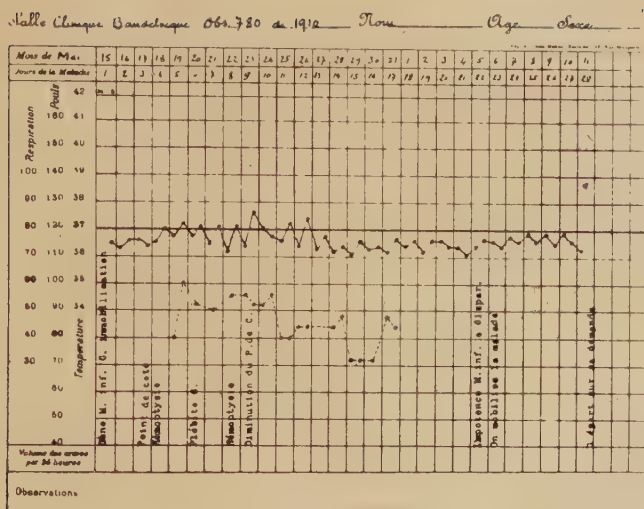


Fig. 2

- 17 mai : Point de côté violent, dyspnée. (Ventouses).
- 18 mai : Point de côté toujours aussi douloureux. Légère hémoptysie.
- 20 mai : Hydarthrose du genou gauche, hyperthermie locale. Les hémoptysies persistent devenant plus abondantes et plus fréquentes.
- 22 mai : Toujours le point de côté et des hémoptysies. 80 cm³ de sérum anti-strepto.
- 23 mai : Diminution du point de côté et disparition des hémoptysies. 80 cm³ de sérum anti-strepto.
- 5 juin : La lourdeur et l'impotence du membre ont presque disparu. Aucun signe à l'auscultation.
- 6 juin : On commence à mobiliser le membre.
- 11 juin : Départ de la femme sur sa demande.

OBSERVATION DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

n° 274, de 1911

Primipare âgée de 32 ans, ménagère. D. R. du 14 au 18 juin 1910, venant de chez elle où elle se repose et ayant consulté régulièrement à la clinique.

Entre à la salle de travail le 22 février, à 5 h. du matin, ayant eu une rupture prématurée des membranes le 21 février à 6 h. du matin, et des traces d'albumine depuis le 13 février (au régime lacté depuis cette date).

Travail très rapide ; en 4 h. 5 la femme expulse un fœtus vivant du poids de 2.550. Placenta de 400 gr., expulsé 30' après l'accouchement.

P. : 88. T. : 36°7.

24 février : Crevasses au sein gauche.

25 février : Lymphangite du sein gauche.

26 février : La femme se plaint de douleurs dans la jambe gauche, a des lochies fétides. Sérum anti-strepto, 80 cm³.

27 février : Température monte à 39. Sérum anti-strepto, 80 cm³.

28 février : Symptômes très nets de phlébite de la jambe gauche. Sérum, 80 cm³.

4 mars : Apparition de douleurs rhumatismales dans les articulations (épaule, genou, coudes).

5 mars : Erythème sérique sur les cuisses, les avant-bras, le cou.

6 au 8 mars : Etat général grave.

9 mars ; 8 h. du soir, syncope.

Agitation des membres supérieurs et de la face.

Dyspnée. P. : 140.

Perte des matières fécales et des urines.

Révision des globes oculaires.

Aphasie.

Morte à 9 h. du soir.

Valle Cinque Bandolera No. 274 de 1911 _____ 1911 _____

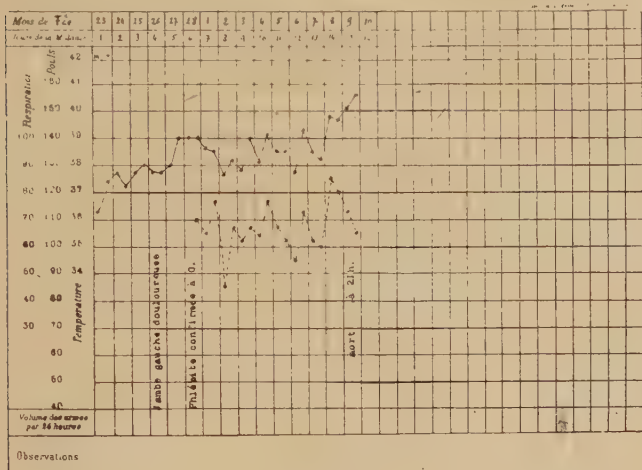


Fig. 3

AUTOPSIE FAITE LE 11 MARS 1911

Cavité abdominale, pas d'épanchement.
 Utérus encore gros, mais propre, 320 g.
 Vaisseaux utéro-ovariens non trombosés.
 Foie gras : 1.000 gr.
 Rate : 220 gr.
 Cœur : 230 gr.
 Poumon droit : 470 gr., très congestionné.
 Poumon gauche : 450 gr., très congestionné.
 Pas de trace d'infraction pulmonaire.
 Cerveau : 1.150 gr. Rien de particulier.
 Oreille et bulbe, rien.
 Canal rachidien, très congestionné.

OBSERVATION DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

n° 597, de 1919

Il pare âgée de 27 ans, couturière, ayant eu ses D. R. du 18 au 25 août 1918. Une gestation antérieure en 1910, survient à terme après travail long, poids 3.000, actuellement vivant.

Suivie à la clinique où le 10 mai on fait une tentative infructueuse de version par manœuvres externes.

31 mai : 17 h. 30, rupture prématurée des membranes.

Siège décomplété en G. T.

1^{er} juin : 1 h. 40. Après 7 h. 10 de travail, expulsion spontanée par le siège d'un enfant du poids de 1.700 gr. Placenta, 320 gr.

1^{er} au 3 juin : Suites de couches normales.

4 juin : Névralgie intercostale ; congestion des bases plus marquées à droite.

6 juin : Dyspnée (36 à la minute). Battement des ailes du nez. Point de côté très violent.

A l'auscultation, respiration soufflante, ronchus, crachats spumeux. Ventouses à la base droite.

7 juin : Même tableau clinique.

8 juin : Etat général meilleur.

Dyspnée moins vive (23 à la minute).

9 juin : Douleur de l'autre côté.

15 juin : Jambe droite douloureuse avec œdème léger.

16 juin : Pas d'augmentation de l'œdème.

18 juin : Pas de confirmation de phlegmatia à droite.

19 juin : Douleur avec œdème du membre inférieur gauche (immobilisation).

21 juin : Point de côté à droite.

29 juin : Apparition d'œdème à la cuisse droite.

7 juillet : Douleurs très violentes dans le membre inférieur

Salle Clinique Baudelocque 045 597 de 1919. Nom _____ Age 17 ans Date _____

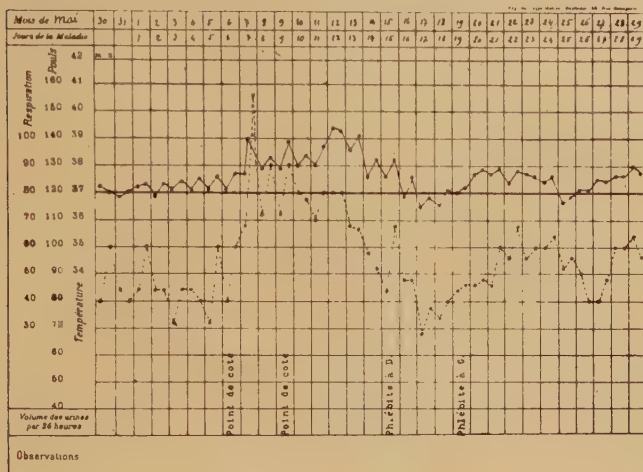


Fig. 4

droit et il semble que l'artère pédieuse batte moins dans ce membre qu'à gauche.

18 juillet : Reprise des douleurs mais moins intenses.

26 juillet : Nouvelle poussée d'œdème aux 2 jambes.

4 août : Nouvelle poussée d'œdème.

OBSERVATION DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

n° 2024, de 1922

Primipare âgée de 25 ans, ménagère. D. R. du 26 au 28 février. Vient de chez elle où elle se repose depuis le 6^e mois. Rien de particulier pendant la gestation sauf une leucorrhée abondante datant de plusieurs années.

Arrive au dortoir le 7 décembre pour excès de liquide.

La palpation est difficile à cause de l'excès de liquide, mais on a l'impression d'une tête qui fuit dans la fosse iliaque

Salle Clinique Baudesque. Cn 1024 de 1922. Nom _____ . Âge 35 ans Sexe _____

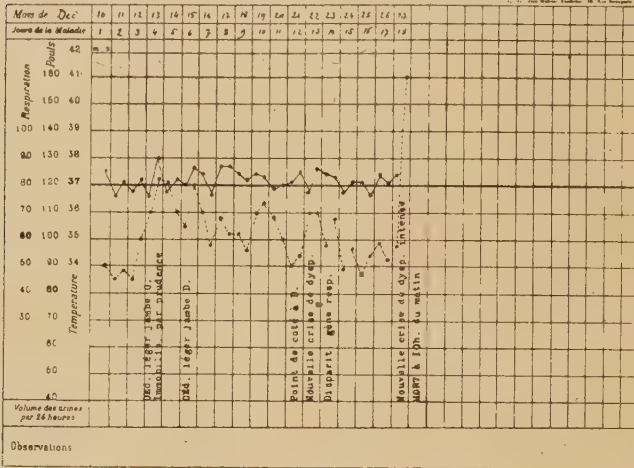


Fig. 5

droite. L'auscultation est marquée par un souffle utérin intense, mais perçu faiblement sur la ligne médiane. Col en voie d'effacement. T. A. 13/9. Varices du membre inférieur. Régime lacto-végétarien depuis le 6 décembre.

9 décembre : à 13 h., début du travail.

15 h. 45, rupture de la poche des eaux, on récolte 1 l. 500 de liquide.

16 h. : arrivée à la salle de travail où on l'examine et on fait le diagnostic du siège à droite. B. D. C. :

22 h. 30 : Dilatation 5 f.

23 h. 15 : Expulsion du siège complet, manœuvre de Mauriceau-Pinard sur un enfant qui naît étonné mais rapidement ranimé, de 2.930 gr.

10 ou 12 décembre : Suites de couches normales.

13 décembre : Pouls à 110. Très léger œdème du côté gauche, immobilisation des deux jambes par mesure de précaution et glace sur le ventre.

14 décembre : Pouls toujours accéléré et dissocié de la température. Injection et glace.

15 décembre : Léger œdème de la jambe droite (immobilisation).

16 décembre : Immobilisation complète en position inclinée.

17 décembre : L'œdème tend à diminuer.

21 décembre : 8 h. du soir : La malade ressent brusquement une douleur du côté droit, gêne respiratoire. Disparition de la crise douloureuse une demi-heure après.

22 décembre : 9 h. du matin : Nouvelle crise douloureuse avec dyspnée, un peu moins longue que la précédente. Pas de crachats hémoptoïques.

23 décembre : La femme se sent mieux, n'a plus aucune douleur dans le côté, mais une gêne au moment des grandes inspirations.

27 décembre : 13 h. 30 : Brusque douleur rétro-sternale avec dyspnée intense. Face très pâle, pouls incomptable.

14 h., respiration superficielle, 36 par minute. La malade est maintenant cyanosée. La douleur rétro-sternale a disparu. Pouls 160, bien frappé. Huile camphrée.

Digitaline, 5 gouttes.

22 h. 15 : Nouvelle douleur violente du côté gauche, dyspnée, face pâle couverte de sueur.

Pouls, 128. Respiration 36.

Huile camphrée.

Ballon d'oxygène.

28 décembre : 2 h. 35 : Point de côté très violent à gauche. La malade est très agitée, sueur froide. Pouls 160 (petit). Respiration, 40. Ballon d'oxygène. Morphine 1 cm³.

8 h. : Pouls petit (110). R., 40. Oxygène.

10 h. : La dyspnée augmente, la respiration est intermittente, la face est pâle et les lèvres sont cyanosées. Mort.

Autopsie : Opposition.

OBSERVATION DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

n° 9, de 1922

I pare, 37 ans, femme de chambre. D. R. 29 mars au 2 avril 1921, vient de chez elle où elle se repose depuis le 15 août, a été suivie à la clinique Baudelocque pendant sa gestation, n'a jamais présenté d'albuminurie.

Entre à la salle de travail le 3 janvier 1922, à 3 h. du matin, ayant eu une rupture prématurée des membranes le 27 janvier à 4 h. du matin. On lui fait 30 cm³ de sérum anti-streptococcique. Expulse spontanément après 9 h. 20 de travail un enfant vivant de 3750 gr., délivrance spontanée une heure après l'accouchement, avec un placenta de 530, membranes 10/35, 2 crins au périnée.

5 janvier : OEdème des deux jambes. Immobilisation.

9 janvier : Légère éruption sérique, dissociation du pouls et de la température; oedème plus marqué à gauche.

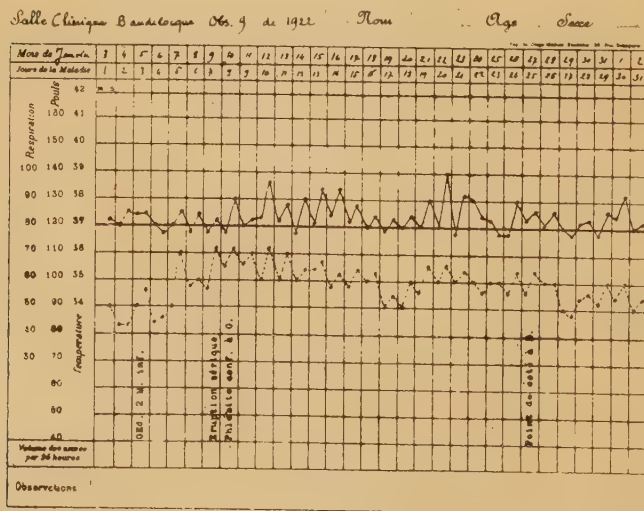


Fig 6

10 janvier : sérum 60 cm³, on enlève les crins, le périnée est en bon état. Douleur à la partie interne de la cuisse gauche.

12 janvier : Légère éruption sérique. 60 cm³ de sérum.

27 janvier : La femme accuse un point de côté à droite et un autre dans la région précordiale. Immobilisation encore plus absolue.

28 janvier : Frisson.

30 janvier : Persistance du point de côté à droite. Pas de crachats hémoptoïques.

31 janvier : Point douloureux mastoïdien.

La femme sort guérie de la Clinique le 10 mai 1922.

OBSERVATION DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

n° 111 de 1922

Mme B...

I pare, 30 ans, commerçante. D. R. du 12 au 15 mai, vient de chez elle où elle se reposait. Suivie à la clinique Baudelocque pendant sa gestation. Le 5 janvier on constate un léger excès de liquide. Pas d'albumine et elle est mise au régime lacto-végétarien, varices des membres inférieurs.

Le 12 janvier : La femme ayant fait un écart de régime présente de l'albumine dans ses urines. Mise au régime lacté absolu.

Le 19 janvier : Albumine dans les urines (1 gr.), la femme est envoyée au dortoir.

20 janvier : Rupture prématurée des membranes à 13 h. 30. Début du travail une heure après.

21 h. 30 : Dilatation complète et expulsion spontanée d'un fœtus de 2.470 à 22 h. 15j. On constate qu'il y a un deuxième fœtus qui est expulsé à 22 h. 35, Poids 2570.

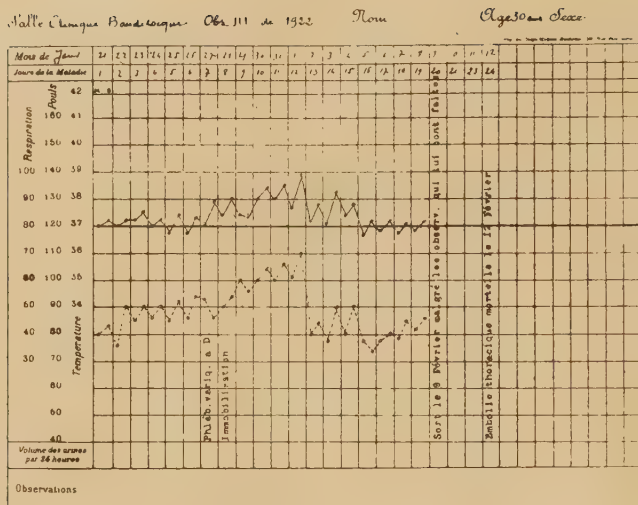


Fig. 7

o h. 35 : Le placenta n'est pas expulsé, le pouls est à 108 et la femme se met à saigner.

On fait une délivrance artificielle assez difficile, le placenta étant très adhérent. Une injection intra-utérine ramène quelques débris cotylédonnaires. Membranes déchirées. 2 crins au niveau du périnée.

21 au 26 janvier : Suites de couches normales.

27 janvier : Compresse chaude sur un paquet variqueux-douloureux à la jambe droite.

28 janvier : Immobilisation des 2 jambes.

29 janvier : Enlèvement des crins du périnée.

30 janvier : Le paquet variqueux est toujours très sensible, on sent par une palpation très légère une induration médiane le long du mollet.

Pas d'œdème, on fait le diagnostic de périphlébite variqueuse.

31 janvier : Même état et même traitement.

La femme sort sur sa demande le 9 février, malgré les observations qui lui sont faites.

OBSERVATION DE LA MATERNITÉ DE LARIBOISIÈRE

n° 558 de 1922.

(due à l'obligeance de M. le Docteur Vignes)

Mme T...

I pare, âgée de 29 ans, ayant eu ses D. R. en octobre. Vient à Lariboisière le 27 avril, à 3 h. du matin ; elle a une rupture précoce des membranes, et à 9 h. $\frac{1}{2}$ accouche (siège complet) spontanément à midi d'un garçon de 2450 gr. Poids du placenta expulsé spontanément 430 gr.

Suites des couches normales jusqu'au 4^e jour. pas de lochies fétides, mais le 30 avril la femme se plaint de douleurs de la jambe gauche. On constate à l'examen du membre inférieur une élévation de la température et un peu d'hydarthrose. Immobilisation.

1^{er} mai : crise de dyspnée avec point de côté à droite, dans l'après-midi la femme a des crachats hémoptoïques.

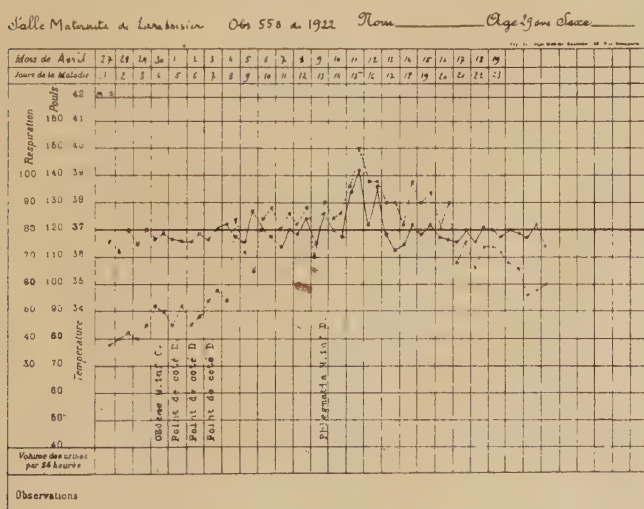


Fig. 8

2 mai : Nouvelle crise de dyspnée avec point de côté.

3 mai : 3^e crise de dyspnée avec point de côté droit.

9 mai : Phlébite à la jambe droite.

QUELLE EST L'ÉPOQUE D'APPARITION DE L'EMBOLIE ?

Cette question a une grande importance au point de vue pratique, et nous avons, pour y répondre, classé dans le tableau suivant, nos observations sous les 3 formes cliniques observées.

1°. L'embolie thoracique est le premier symptôme observé.

2°. Une phlébite évidente est déjà constituée et c'est au cours de l'évolution que survient l'embolie.

3°. La phlébite est primitive et suivie tardivement d'embolie.

Si nous examinons, dans chacune de ces rubriques, la date d'apparition de l'embolie, nous constatons que :

1° Lorsque l'embolie a été primitive elle s'est produite soit à la fin de la première semaine ou au début de la seconde. Dans les 2 cas elle fut suivie, au cours de la 3^e semaine (15^e au 19^e jour) de l'apparition d'une phlébite des membres inférieurs.

Dans les 2 autres formes la phlébite a été précoce, et elle est apparue au cours de la 1^{re} semaine (3^e au 7^e jour).

2° Lorsque la phlébite est primitive elle a été suivie 2 fois précocement d'embolie, cette dernière se produisant à la fin de la 1^{re} semaine qui suivit l'accouchement.

3° Lorsque la phlébite était primitive, elle a été suivie 4 fois tardivement d'embolie et cette complication se produisit entre le 12^e et le 24^e jour.

	N° des observations	EMBOLIES	PHLÉBITES	EMBOLIES	PHLÉBITES	Temps écoulé entre la phlébite et la dernière embolie	TERMINAISONS
Embolie thoracique est le premier symptôme	1909 - 1086	11 j.	17 j.	22 j.		6 j.	Guérison
	1919 - 537	6 et 9 j.	15 et 19 j.				Guérison
Phlébite premier signe est suivie d'embolie tardive.	1911 - 274		4 j.	15 j.		12 j.	Mort le 15 ^e j.
	1922 - 2024		4 et 6 j.	12, 13, 18 j.		15 j.	Mort le 18 ^e j.
	1922 - 111		7 j.	24 j.		18 j.	Mort le 2 ¹⁰ j.
	1922 - 9		3 j.	25 j.		23 j.	Guérison
Phlébite premier signe est suivie d'embolie précoce.	1910 - 780		3 j.	5 j.	8 j.	3 j.	Guérison
	1922 - 558 L		4 j.	5, 6, 7 j.	13 j.	4 j.	Evolution

Donc, en résumé, les embolies primitives se sont produites entre le 6^e et le 11^e jour après l'accouchement, et dans les cas d'embolies secondaires à une phlegmatia constatée, la date de production est beaucoup plus éloignée, allant du 3^e au 23^e jour.

Mais nous verrons, lorsque nous nous occuperons du pronostic, que celui-ci paraît être très différent dans ce dernier cas, suivant la date où s'est produit l'embolus.

QUELS SYMPTOMES ONT PRÉCÉDÉ L'APPARITION DE L'EMBOLIE ?

Il est classique de décrire comme signes précurseurs de l'embolie, une modification du pouls et de la température, et dans les cas de phlébite utéro-pelvienne latente, une douleur latéro-utérine.

L'examen de nos observations révèle qu'aucune de nos 8 femmes n'a accusé de :

DOULEUR LATÉRO-UTÉRINE signe pourtant bien connu des anciens accoucheurs dont depuis Vanverts et Paucot ont montré la rareté, symptôme pouvant se produire soit spontanément, ou être révélé par la palpation combinée au toucher vaginal, ou encore par la défécation. Ce signe est, du reste, si peu fréquent que certains auteurs tels que Vineberg, vont jusqu'à envisager comme signe de probabilité de la thrombose une exploration négative du bassin. Aucune de nos malades ne présentait non plus des lo-

chies fétides qui auraient pu attirer l'attention du côté de l'utérus et faire soupçonner l'infection utérine.

L'EXAMEN DU POULS

On a l'habitude de considérer l'examen du pouls comme un signe prémonitoire très important de thrombose et par ce fait d'embolie. Que nous révèle l'étude de nos observations sur ce point ?

De nos 8 observations, 7 seulement sont à retenir, l'observation n° 780 de 1910 étant incomplète, le pouls n'ayant pas été pris pendant les journées qui s'écoulèrent entre les premiers signes de phlébite du membre inférieur et l'apparition du point de côté révélateur de l'embolie.

Dans un 1^{er} cas (obs. Baud. n° 597-1919) nous avons un pouls très variable avec une ascension brusque la veille de l'embolie pulmonaire.

Dans un 2^e cas (obs. Baud. n° 1089-1909) nous observons un pouls un peu rapide mais sans caractère particulier.

Dans un 3^e cas (obs. Baud. n° 2024-1911) le pouls qui était normal monte brusquement à 160, mais l'embolie une fois produite.

Dans un 4^e cas (obs. Baud. n° 274-1911) on a une chute progressive du pouls alors que la température monte.

Dans 3 cas enfin (obs. Baud. n° 9-1922, obs. Baud. n° 111-1922 et obs. Maternité de Lariboisière n° 558-1922), absolument rien de particulier.

Pour résumer :

o cas où l'observation du pouls puisse par son caractère particulier laisser prévoir l'embolie. L'accélération du pouls dans le cas n° 597, de 1919, la veille, ne présentant rien de caractéristique sur le rythme dans les journées qui précédèrent l'apparition de l'embolie, et nous la classerons dans la catégorie suivante.

2 cas où le pouls est un peu rapide, sans caractère particulier.

1 cas où nous avons une chute progressive du pouls.

4 cas où le pouls ne présente rien de particulier, sa courbe étant normale et correspondant à la température.

Il n'y a donc dans cette série d'observations aucune modification régulière, particulière ou générale ; mais dans 1/3 des cas environ le pouls un peu rapide eût pu faire penser à une infection latente alors qu'aucun phénomène de phlébite n'était encore apparu.

Nos constatations sont très différentes de celles de Richter à la clinique de Dresde qui sur 98 observations de phlébites (chiffre d'observations bien supérieur au nôtre, il est vrai) constate la présence de la courbe pathognomonique grimpante de Malher dans 63 % des cas.

L'EXAMEN DE LA TEMPÉRATURE

On n'a pas l'habitude d'attacher une grande valeur à l'examen de la température quand on recherche les signes prémonitoires de la phlébite, bien que Vaquez (1) dise que lorsque la suite d'un accouchement aura été suivie d'une élévation thermique si légère soit-elle, il faudra examiner fréquemment l'état de la circulation veineuse des membres et surtout des membres inférieurs. Michaelis traitant du même sujet, dit qu'il est possible dans bien des cas, de prévoir l'apparition d'une thrombose ou d'une embolie chez les femmes en couches en interrogeant la courbe de température, lorsque pendant les jours qui suivent l'accouchement la température se maintient constamment sub-fébrile, c'est-à-dire oscille par exemple entre 37° et $37^{\circ}5$, et cela pendant plusieurs jours, il convient de penser à la menace d'une thrombose ou d'une embolie. Jamais en effet, dit l'auteur, ces accidents n'éclatent brusquement, sans prodromes, pas plus que la foudre dans un ciel serein.

Voyons donc si ce fait se vérifie dans nos observations et si une modification de la température aurait pu nous faire penser à la production d'une embolie.

De l'examen de nos observations, il ressort :

2 cas où l'embolie a été le premier signe observé.

Obs. 597-1919. — La température est, dans les jours

(1) Clinique médicale de la Charité, 1894.

qui précèdent, un peu au-dessus de la moyenne, entre 37° et 37°6 et régulière.

Obs. 1086-1919. — La température est très oscillante entre 36°5 et 37°8, donc au-dessus de la moyenne.

4 cas où l'embolie s'est produite entre le 2^e et le 9^e jour après l'apparition de la phlébite.

Obs. 780-1910. — La température ne présente rien de particulier.

Obs. 2.024-1911. — La température ne présente rien de particulier.

Obs. 274-1911. — Pendant les 3 jours qui précèdent, la température monte régulièrement pour atteindre 40°6 alors que le pouls descendait régulièrement.

Obs. 558-1922. — De Lariboisière, la température (axillaire) est inférieure à la moyenne les 3 jours qui précèdent le point de côté.

2 cas où l'embolie s'est produite après l'apparition de la phlébite et de façon beaucoup plus tardive entre le 17^e et le 23^e jour.

Obs. 9-1922. — La température un peu au-dessus de la moyenne, comme le pouls du reste.

Obs. 111-1922. — Température ne présentant rien de particulier.

Nous pouvons conclure que dans le cas où l'embolie est le premier signe observé, la température est un peu supérieure à la moyenne, mais sans caractère particulier, et que lorsque l'embolie se produit après une phlébite soit précocement, soit tar-

divement, dans les $2/3$ des cas l'examen de la courbe de température ne nous permet pas de prévoir cette complication. Dans $1/3$ des autres la température est supérieure à la normale, mais sans caractère propre.

Nous n'avons donc trouvé dans nos observations sur l'étude des 3 symptômes classiques : douleur, pouls et fièvre, rien qui pût nous faire penser réellement à la production possible d'une embolie.

La douleur latéro-utérine n'a jamais été accusée par la malade, le pouls a été seulement dans $1/4$ des cas un peu rapide, mais sans le caractère propre du pouls grimpant décrit par Mahler, et la température dans $1/4$ des cas légèrement supérieure à la moyenne.

Mais ces légères altérations du pouls et de la température se rapprochent, car ce sont les 2 observations d'embolie primitive qui nous les fournissent. L'opinion émise par Vaquez se vérifie donc ici pour les cas d'embolie thoracique, premier signe observé. Mais ces symptômes sont bien faibles si on pense au nombre de femmes qui dans les suites de couches font une légère ascension de leur courbe thermique suivie ou non par celle du pouls, et qui n'accuseront jamais aucun symptôme ou complication d'une phlegmatia ou d'une phlébite utéro-pelvienne.

Il est donc quelquefois possible de penser à une embolie primitive, mais au cours d'une phlébite des membres elle constitue un événement soudain qu'on ne peut que redouter, mais que rien de local ou de général ne laisse habituellement prévoir.

REMARQUES SUR LES CAS D'EMBOLIES SURVENUES AU
COURS D'UNE PHLÉBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS

Nous avons 6 observations de cette forme que nous avons divisées, comme il a été dit plus haut, en 2 catégories, suivant que la phlébite a été suivie précocement ou tardivement d'embolie.

Les 2 cas d'embolies précoces se sont produits chez des femmes ayant eu un accouchement très normal, et il en fut de même pendant les 3 jours qui suivirent, pas de lésion périnéale ni de lochies fétides qui puissent faire penser à une infection atténuée latente. Puis, toutes deux, une le 3^e et l'autre, le 4^e jour, accusent des symptômes de phlegmatia du membre inférieur gauche. Elles sont immobilisées immédiatement, mais malgré cette thérapeutique précoce, l'une a le lendemain un point de côté, suivi de 2 autres les jours suivants, et la seconde, 3 jours après, accuse elle aussi une douleur au niveau du thorax. Tout cela sans que rien de local ni de général, nous l'avons vu en examinant la température et le pouls, ne nous ait permis de le prévoir. Ces 2 observations présentent aussi ce caractère commun, c'est qu'au cours de la 2^e semaine il se produisit une autre phlébite à la jambe opposée.

Les 4 cas d'embolies tardives eurent lieu, comme nous l'avons vu, entre le 12^e et le 23^e jour après le début de la phlébite. Deux des femmes avaient eu un accouchement spontané sans aucun fait particulier, une autre était gémellaire et on avait dû lui faire,

pour hémorragie, une délivrance artificielle sur un placenta très adhérent, la dernière avait accouché en présentation du siège, ayant nécessité la manœuvre de Moriceau-Pinard. Quoi qu'il en soit, les suites de couches furent normales jusqu'au moment (du 3^e au 7^e jour) où se produisirent les phlébites des membres.

L'immobilisation fut précoce, tout semblait évoluer normalement, lorsqu'au cours des 2^e et 3^e semaines après le début, 3 d'entre elles, entre le 12^e et le 18^e jour, eurent une embolie thoracique mortelle ; quant à la 4^e elle présenta cette complication plus tardivement et guérit.

REMARQUES SUR LES CAS D'EMBOLIES PRIMITIVES,
C'EST-A-DIRE SUCCÉDANT A UNE PHLÉBITE
UTÉRO-PELVIENNE

Les 2 observations que nous publions de cette forme, nous indiquent qu'une des femmes accoucha spontanément d'un siège décomplété et que l'autre avait une gestation gémellaire.

Mais dans ces 2 cas, comme nous l'avons vu précédemment, si les suites de couches furent normales au point de vue utérin, le pouls et la température furent un peu au-dessus de la normale, bien que sans caractère commun particulier.

L'embolie s'étant produite soit à la fin de la 1^{re} semaine ou au milieu de la 2^e, les deux malades accusèrent, au commencement de la 3^e semaine, après l'accouchement, les symptômes locaux qui firent faire le

diagnostic de phlébites des membres. Une des deux, 6 jours après, eut une nouvelle embolie, mais elles sortirent guéries toutes deux de la Clinique.

Ces symptômes thoraciques primitifs révélateurs d'embolies pulmonaires, ont été décrits par les auteurs comme un signe précurseur de la phlegmatia alba dolens, et correspondraient à ce qu'on a appelé la période préphlébitique ou préoblitérante. Ces 2 expressions ne nous paraissent pas correspondre à la réalité, car dès ce moment la lésion veineuse existe déjà, il y a infection atténuée, nous en avons la preuve dans les modifications du pouls et de la température, ces altérations qui sont insuffisantes pour prévoir, à coup sûr, l'embolie, marquent néanmoins l'existence d'une infection latente. Il est probable qu'il se forme, à ce moment, sur l'endoveine lésée des veines utéro-pelviennes des caillots de petite taille mal fixés à la paroi, qui vont emboliser dans le poumon. Ceci paraît avoir son importance au point de vue du pronostic car le volume du caillot est évidemment le plus souvent en rapport avec la durée du temps qui s'écoule entre le début des lésions veineuses et le moment où l'embolie se produit.

PRONOSTIC

Si nous examinons, à cet effet, le petit tableau suivant où nous avons noté, avec le mode de terminaison, le temps qui s'est écoulé entre le début de la phlébite et la dernière embolie.

3 j.	4 j.	6 j.	12 j.	15 j.	18 j.	23 j.
G	G	G	M	M	M	G

nous constatons que dans nos observations c'est la période comprise entre le 12^e et le 18^e jour qui nous fournit seule les cas d'embolies mortelles.

Il s'est sans doute produit à ce moment la mobilisation d'un caillot déjà volumineux mais peut-être insuffisamment organisé quant à ses attaches avec la paroi veineuse. L'embolus ainsi produit a agi mécaniquement au niveau du poumon pour amener la mort.

Dans le dernier cas l'embolie pulmonaire s'est produite au 23^e jour et la malade a guéri, il est permis de supposer que le thrombus était plus solidement fixé et que ce n'est qu'une portion du caillot moins fortement adhérente qui s'est détachée.

Nous pouvons peut-être conclure, en disant que

c'est la période qui s'étend environ du 10^e au 20^e jour après le début de la phlébite où nous devons le plus redouter l'apparition d'une embolie. Le caillot déjà volumineux à cette époque n'est peut-être pas encore définitivement fixé ou bien l'embolie n'est que la première manifestation d'une nouvelle localisation phlébitique.

Les embolies précoces ou les embolies tardives ayant plus de chances d'être d'un volume moindre, elles seront, de ce fait moins dangereuses.

CONCLUSIONS

1° Les signes donnés comme caractéristiques de l'imminence d'une embolie pulmonaire dans les cas de phlébite post-partum, en particulier le pouls grimpant, ne sont pas constants.

2° Nous n'avons jamais noté d'embolie chez les femmes ayant eu une température rectale normale et un pouls absolument normal pendant une durée de 15 jours.

Vu, le Doyen,

ROGER

Vu, le Président,

COUVELAIRE.

Vu et permis l'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BUMM. — Précis d'obstétrique en 28 leçons (édition française par le D^r Ed. Payot, Paris, Maloine, 1911, page 676).
- JEANNIN. — Etude clinique des Phlébites utéro-pelviennes au cours de la puerpéralité (brochure Poinat, éditeur).
- JEANNIN, VANVERTS et PAUCOT. — Les Phlébites puerpérales (*Archives mensuelles d'Obs. et de Gyn.*, 1912, tome II, page 321).
- KEINE. — Pathogénie de la Phlegmatia alba dolens puerpérale (*Presse médicale* du 17 juillet 1907).
- KEINE. — Contribution au traitement de la Phlegmatia puerpérale. Essai de traitement opothérapique (*L'obstétrique*, nov. 1900, page 517).
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Traité d'obstétrique, 8^e édition, page 1401).
- VANEY. — Des Processus phlébitiques et du tractus génital au cours de la puerpéralité (Thèse de Nancy, 1905-1906, n^o 20).
- VANVERTS et PAUCOT. — Le traitement des Phlébites puerpérales (*Archives mensuelles d'Obs. et de Gyn.*, 1912, tome II, page 498).
- VAQUEZ. — Clinique médicale de la Charité, 1894.
- VAQUEZ. — Des coagulations sanguines intra-vasculaires (Crépin, éditeur, Nancy, 1896).
- VIGNES. — Phlegmatia alba dolens (*Journal des Praticiens* du 17 septembre 1921).
-

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
